N° 29.

ESSAI

SUR

LA PNEUMONIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 14 février 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR P.-E. REIGNEAUD, de Monétay-sur-Loire,

Département de l'Allier.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n. 13.

1832.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	GRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN, *Examinateur.*
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / JULES CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER. / BOUILLAUD. / CHOMEL, *Président.*
Clinique chirurgicale	BOYER, *Suppléant.* / DUBOIS. / DUPUYTREN, *Examinateur.* / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Gerdy.
Bayle, *Suppléant.*	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dance.	Sandras.
Devergie.	Trousseau.
Dubled, *Examinateur.*	Velpeau.
Dubois, *Examinateur.*	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

Regrets éternels!

A MON EXCELLENTE MÈRE.

Témoignage de l'affection la plus vive.

A MONSIEUR CHOMEL,

Professeur de Clinique interne à la Faculté de Paris; Membre de la Légion-d'Honneur, etc.

Je dois à vos soins la santé, à vos leçons le peu de connaissances que je possède.

RESPECT ET RECONNAISSANCE.

P.-E. REIGNEAUD.

AVERTISSEMENT.

En choisissant ce sujet de thèse, je m'étais proposé de citer quelques faits observés dans les hôpitaux; il me semblait que, ne pouvant, après les immortels travaux de *Laennec* et de M. *Andral*, présenter aucune idée nouvelle sur la pneumonie, je devais au moins prouver que je l'avais étudiée au lit du malade; mais la longueur de l'histoire de cette affection ne m'a pas permis de faire usage de mes observations sans entrer dans des développemens que ne comporte pas une thèse: j'ai donc dû m'en abstenir, et me borner à l'histoire la plus simple de la pneumonie. On dira peut-être que j'aurais pu choisir une maladie traitée un peu moins souvent; mais on sera aussi forcé de convenir qu'il eût été difficile d'en trouver une plus importante, et tout à fait impossible d'en choisir une qui fût nouvelle, et sur laquelle on ne trouve au moins huit à dix thèses.

ESSAI

SUR

LA PNEUMONIE.

Considérations générales. Le mot *pneumonie*, dérivé du grec πνευμα, *air*, πνευμων, *poumon*, est employé, dans le langage médical, pour exprimer l'inflammation du tissu pulmonaire. Plus spécialement connue dans le monde sous le nom de *fluxion de poitrine*, cette maladie a été long-temps appelée *fièvre péripneumonique*, *péripneumonie*; mot impropre et qui semble indiquer que l'inflammation se borne à la surface du poumon, tandis qu'on la voit très-souvent occuper les parties les plus centrales de cet organe. Quelques médecins, considérant que l'inflammation de la plèvre accompagne souvent celle du poumon, préféraient le nom de *pleuro-pneumonie*; mais comme ordinairement la maladie de la plèvre est peu importante, ce dernier nom ne semble devoir être conservé que dans les cas assez rares où il y a une pleurésie capable de produire un épanchement. L'expression *pneumonie*, plus brève et plus simple, ne désignant pas, il est vrai, la partie enflammée du poumon, mais s'appliquant également à l'inflammation de toutes ses parties, me semble, par cela même, la plus convenable.

Quoi qu'il en soit, cette maladie est l'une de celles qui ont été, dans tous les temps, étudiées avec le plus de soin et de succès ; la cause en est due sans doute à ce que, très-commune et très-grave, elle est aussi une des affections contre lesquelles les ressources de l'art sont le plus efficaces. Citer les auteurs qui s'en sont occupés, ce serait citer toutes les gloires de la médecine, depuis le père de cet art jusqu'aux plus savans praticiens de notre époque.

Ordinairement sporadique, on l'a vue néanmoins régner assez souvent d'une manière endémique. L'affection connue sous le nom de *grippe*, que l'on a vue, dans le courant du printemps et de l'été derniers, régner dans une grande partie de la France, et qui, n'étant chez les uns qu'une simple bronchite, devenait chez un assez grand nombre de personnes une véritable pneumonie, n'est-elle pas un exemple récent de cette maladie endémique ?

Le climat a une influence très-notable sur la fréquence de la pneumonie ; ainsi, l'expérience a prouvé qu'elle est beaucoup plus commune dans les pays septentrionaux, et le devient de moins en moins à mesure qu'on s'en éloigne pour s'avancer vers le midi. Toutefois un même pays offre des variations annuelles très-remarquables : ainsi, par exemple, à Pavie, l'on a observé dans un an un sujet atteint de pneumonie sur cinq malades, et quelques années plus tard, l'on n'en a vu qu'un sur cinquante-huit.

Sa fréquence dans un même lieu varie encore beaucoup suivant les saisons ; à Paris, c'est dans l'hiver qu'on voit le plus de pneumonies ; ce résultat est même donné par les auteurs pour toute la France. Cependant il me semble que, dans nos campagnes, c'est pendant la saison chaude qu'elle est le moins rare, et je crois en trouver la cause en ce que c'est pendant les chaleurs brûlantes de l'été que l'homme des champs est soumis aux travaux les plus pénibles, et que souvent alors, couvert de sueur, il commet de nombreuses imprudences pour satisfaire au besoin qu'il éprouve de se rafraîchir.

Les différens âges y sont à peu près également exposés ; cependant

elle semble un peu plus fréquente dans l'âge viril et dans l'âge adulte : mais cette différence est due à ce que, dans l'enfance et la vieillesse, elle est souvent latente et facile à méconnaître. L'enfant naissant en est assez souvent atteint ; la fréquence de cette maladie est due, chez lui, à l'impression vive que fait le froid sur ses poumons, non habitués à l'action de l'air. Il faut donc éviter de porter les enfans nouveau - nés dans les lieux froids et humides.

Le sexe a encore une certaine influence sur la fréquence de la pneumonie : des observations assez nombreuses tendent à prouver que l'homme en est atteint plus souvent que la femme ; cette différence doit sans doute être attribuée à ce que, soumis à des travaux plus pénibles, l'homme est ainsi plus exposé à diverses influences capables de produire la maladie, et peut-être encore à ce que, recouverts d'un tissu cellulaire moins épais, ses organes thoraciques se trouvent, par cela même, plus exposés aux brusques variations de température et aux vicissitudes atmosphériques.

Sous le rapport du *siége* qu'elle occupe, l'inflammation du poumon offre des variétés très - remarquables. Ainsi, des faits nombreux, recueillis par MM. *Andral* et *Chomel*, prouvent que l'inflammation affecte le poumon droit plus souvent que le gauche, et les lobes inférieurs plus souvent que les supérieurs. Ce résultat singulier, quoique l'effet d'une cause à nous inconnue, n'en est pas moins bien constaté.

Quelquefois l'inflammation n'affecte que la surface du poumon dans une étendue plus ou moins considérable, et ne pénètre pas au centre ; d'autres fois, au contraire, elle n'occupe qu'une certaine étendue du centre et ne s'étend pas vers la surface ; d'autres fois elle se borne à la base ou à la racine du poumon ; quelquefois enfin elle affecte çà et là différens points plus ou moins nombreux, peu étendus, isolés et séparés les uns des autres par des parties tout à fait saines : elle est, pour ainsi dire, disséminée dans l'organe. Cette variété a lieu principalement dans les cas où la pneumonie succède à un

catarrhe, quelquefois chez les adultes, mais très-fréquemment chez les enfans.

Quelquefois la pneumonie se borne à une très-petite partie d'un poumon ; mais d'autres fois on la voit, au contraire, s'étendre avec rapidité, occuper le parenchyme d'un poumon tout entier, et quelquefois envahir encore le second, qu'elle atteint plus ou moins profondément. Alors elle est extrêmement grave, et si l'on ne parvient à mettre un terme à son accroissement, le malade peut succomber dans un véritable état d'asphyxie, l'air qui pénètre dans le poumon ne pouvant plus suffire à l'hématose.

Anatomie pathologique. Sous le rapport de la *lésion anatomique*, la pneumonie présente trois variétés, qui ont reçu le nom de *degrés*, et qui sont d'une haute importance pour l'étude des symptômes, du prognostic et du traitement. Le premier de ces degrés, *engouement*, consiste en une infiltration séro-sanguinolente des vésicules aériennes; le poumon se trouve en quelque sorte engoué. Dans le deuxième, *hépatisation*, un sang altéré remplit les cellules du poumon, dont le tissu offre plus ou moins l'aspect et la densité du foie. Dans le troisième, enfin, *infiltration purulente*, ce n'est plus du sang, c'est du pus qui infiltre le tissu pulmonaire; c'est une véritable suppuration du poumon.

Chacun de ces trois degrés peut exister seul dans un poumon; mais il est assez ordinaire d'en observer deux ou même tous trois, diversement répartis sur l'organe affecté. Ainsi, dans un certain point d'un poumon, on trouve des portions infiltrées de pus, à côté desquelles existent des points hépatisés; et enfin, auprès de ceux-ci, un simple engouement. Il est, je pense, inutile de faire remarquer que le passage d'un degré à un autre ne saurait être brusque et sans transition; bien loin de là, entre une partie hépatisée et des points engoués, il existe des points qui ne sont pas encore hépatisés, et qui sont cependant plus qu'engoués; de sorte que l'on ne peut pas déterminer positivement le point où finit l'engouement, et où l'hépati-

sation commence. Il en est de même entre l'hépatisation et la suppuration. Chacun de ces degrés mérite une description spéciale.

1°. *Engouement.* Le poumon engoué jouit d'une densité plus grande que dans l'état normal; mais sa consistance est en raison inverse de sa densité, de sorte que, quoiqu'il nécessite encore un effort assez considérable pour être lacéré, il est cependant plus facile à déchirer que dans l'état sain; en même temps il est plus humide; sa couleur, à l'extérieur, est d'un rouge brun ou vermeil. Comprimé, on sent qu'il existe un liquide contenu dans les vésicules; il laisse entendre encore un certain bruit de crépitation, mais il n'est plus assez élastique pour revenir complètement et ne pas conserver l'empreinte des doigts. Coupé par tranches, il laisse écouler de la sérosité sanguinolente, spumeuse, très-abondante, que l'on peut extraire par des lavages nombreux et une pression suffisamment prolongée, de sorte que le tissu peut revenir à un état plus ou moins naturel. Sa couleur, à l'intérieur, est rouge, plus ou moins foncée. Si, arrivée à ce point, l'inflammation fait de nouveaux progrès, le poumon devient encore plus dense et plus facile à déchirer; la couleur rouge se fonce davantage, la sérosité s'en exprime moins abondante et moins spumeuse, et la maladie passe à l'état d'hépatisation.

2°. *Hépatisation.* Celle-ci donne à l'organe un aspect tout à fait différent. Le poumon, distendu par le sang qu'il contient et par l'épaississement des parois des vésicules, occupe toute la cavité du thorax, et ne s'affaisse plus quand l'air pénètre dans la poitrine : il n'y a plus la moindre crépitation; la densité est très-considérable; le poumon ne surnage plus à l'eau, au fond de laquelle il se précipite. Sa texture est comme granulée; facile à déchirer, une pression légère suffit pour l'écraser et le réduire en pulpe rougeâtre. Sa couleur, à l'extérieur, est d'un rouge bleuâtre; à l'intérieur, elle est d'un rouge foncé, et présente çà et là des points blanchâtres qui lui donnent un aspect marbré. Coupé par tranches, un liquide plus épais, sangui-

nolent, moins abondant, moins spumeux, peut encore suinter ou être enlevé en râclant le tissu avec un scalpel. Quelquefois, parmi des globules rougeâtres et évidemment hépatisés, on trouve de petits points jaunâtres et comme purulens; c'est le passage de l'hépatisation au troisième degré.

3°. *L'infiltration purulente* offre les caractères suivans : le poumon, à l'extérieur comme à l'intérieur, est d'un gris pâle; très-ramolli, il se réduit avec une facilité étonnante en une pulpe grisâtre; on peut, en y enfonçant un doigt, y déterminer une cavité qui se remplit de pus mêlé quelquefois à un peu de sang. Cette facilité à se réduire en liquide purulent a pu tromper quelques observateurs, et leur faire croire qu'il y avait souvent dans les poumons enflammés de véritables abcès : mais il est actuellement hors de doute que les abcès à la suite de pneumonie sont très-rares; *Laennec* n'en a observé que cinq ou six, et même qu'un seul un peu étendu; M. *Andral* n'en a vu aussi qu'un seul. Les vomiques, que l'on rencontre fréquemment à la suite des grandes opérations chirurgicales, sont dues à une résorption de pus, et non à une pneumonie. Le poumon, incisé, laisse écouler une matière épaisse, jaune, opaque, purulente, d'une odeur fade, mais peu fétide. La texture du poumon est granulée comme dans le degré précédent; mais les granulations, au lieu d'être rouges, sont grises : cependant une pression très-légère peut, dans certains cas, les débarrasser du pus, et leur faire reprendre leur coloration rouge primitive.

Quelquefois enfin l'inflammation n'amène pas la suppuration du poumon, mais cet organe est tout à coup frappé de *gangrène*. Je ne décrirai pas ici cette lésion, la gangrène, même lorsqu'elle arrive à la suite d'une pneumonie, étant due, à mon avis, non à la violence de l'inflammation, mais à une prédisposition particulière au sujet. Ce cas, du reste, est très-rare, et peut arriver avec une rapidité effrayante.

Quelle que soit la lésion du tissu pulmonaire, on trouve toujours

dans les rameaux et ramuscules bronchiques une rougeur plus ou moins vive de la muqueuse, attestant son inflammation en même temps que celle du parenchyme pulmonaire ; et dans les cas où il existait un point de côté, on trouve encore une rougeur plus ou moins étendue à la plèvre pulmonaire.

Les autres organes, en général, ne présentent aucune altération appréciable, à moins qu'ils n'aient été, pendant le cours de la pneumonie, le siége de quelque complication particulière. Néanmoins le cœur contient presque toujours des caillots de sang noir, et le foie est aussi injecté d'un sang noirâtre.

Causes. Les causes capables de produire des effets si violens sont obscures, et pour la plupart inconnues. Les auteurs ont coutume de les diviser en *prédisposantes* et *occasionelles*. Je vais exposer ces deux espèces de causes, que je crois devoir subdiviser en *générales* et *locales*.

Les *causes prédisposantes* sont sans contredit les plus efficaces pour produire la maladie : mais, parmi elles, il en est quelques-unes qui prédisposent aussi bien à tout autre inflammation qu'à celle du poumon ; ce sont des causes qui portent leur action sur tous les points de l'économie en général : ainsi, la pléthore sanguine, et tout ce qui peut la produire ; l'usage d'une nourriture trop succulente ou excitante, une vie oisive, l'abus des liqueurs fortes, la suppression brusque d'évacuations naturelles ou accidentelles, d'hémorrhagie habituelle, utérine, hémorrhoïdale, ou autre ; l'habitation de climats froids, de lieux secs, élevés, exposés aux vents du nord, de lieux humides et marécageux (*Hipp.*) ; l'hiver ; la répercussion de quelque dartre, ou autre maladie chronique, comme goutte ou rhumatisme.

Mais il en est d'autres qui ont une action plus directe sur l'organe de la respiration, et qui par conséquent doivent être plus souvent la cause première de la maladie ; de ce nombre sont plusieurs professions : ainsi celles de tailleur et de cordonnier, qui forcent les sujets

à se tenir constamment courbés, ce qui facilite la congestion vers la poitrine : ainsi celles de plâtrier, charbonnier, broyeur de cantharides, etc., qui exposent à respirer un air plus ou moins chargé de poussières irritantes : ainsi celles de comédien, d'avocat, de joueur d'instrumens à vent, qui fatiguent beaucoup les organes de la respiration : en outre, une hypertrophie du cœur, une conformation vicieuse du thorax, l'usage de corsets trop serrés, l'existence de tubercules pulmonaires; enfin des pneumonies antécédentes : *Rush* a vu un Allemand, à Philadelphie, qui en était atteint pour la vingt-huitième fois ; *Pinel* et M. *Bricheteau* ont traité un malade pour une quinzième, M. *Chomel* un autre malade pour une dixième pneumonie.

Les *causes occasionelles* sont aussi très-nombreuses. Parmi elles, il en est qui n'ont pas une action directe sur le poumon, bien qu'elles donnent lieu assez souvent à la pneumonie, et auxquelles on voit une foule d'individus s'exposer impunément tous les jours : tel est le passage brusque d'une température chaude à une température froide, surtout si la sueur a précédemment mouillé les vêtemens ; telle est l'ingestion dans l'estomac de boissons très-fraîches, ou d'alimens glacés, dans les mêmes circonstances ; un exercice violent et prolongé, tel que la chasse, la course, la danse, l'équitation contre un vent violent, l'exposition prolongée au froid ou à la pluie ; enfin une grande opération chirurgicale, comme l'ablation d'un gros membre.

Mais il en est d'autres qui portent leur action directement sur la poitrine, et qui sont souvent, quelques-unes même constamment suivies de l'inflammation du poumon. Ces dernières ont une action irritante purement mécanique : ainsi une forte commotion du poumon produite par un coup violent sur les parois thoraciques, les plaies pénétrantes de poitrine produites par armes à feu ou par instrumens tranchans ou piquans ; la présence dans le poumon d'une balle, ou d'une partie de vêtement, ou d'une esquille de côte fracturée ; l'inspiration d'un air qui agit, ou par sa température froide et surexcitante, ou par son mélange avec des gaz irritans, tels que les gaz acide

hydrosulfurique, acide sulfureux, chlore, ammoniaque, le gaz des fosses d'aisance, les miasmes végétaux ou animaux; la fatigue des organes de la voix, les rires immodérés, les cris forcés.

Toutes ces causes ont été indiquées par les auteurs comme ayant donné lieu plus ou moins souvent à la pneumonie. Cependant, si l'on interroge un certain nombre de malades, on trouvera que la plupart se sont souvent exposés impunément à quelques-unes d'entre elles, et que, lorsque la maladie est survenue, ils n'avaient été exposés à aucune. On est donc obligé de convenir qu'outre les causes connues il existe encore, soit en nous, soit hors de nous, une foule d'accidens capables de produire les maladies, qui échappent aux recherches les plus exactes.

Symptômes. Je vais maintenant examiner les *symptômes* de la pneumonie. Je ne ferai d'abord que les énumérer dans l'ordre naturel avec lequel ils se présentent; je reprendrai ensuite en particulier ceux qui, par leur importance, méritent quelque développement : mais auparavant je crois devoir indiquer différentes manières d'être que présente la maladie à son début.

Quelquefois la pneumonie succède à un simple catarrhe, et ne se manifeste d'abord que par l'accroissement de la fièvre et de la dyspnée : alors on peut croire n'avoir affaire qu'à une simple exaspération de la bronchite; et ce n'est que plus tard, lorsque les symptômes deviennent tout à fait caractéristiques, que l'on reconnaît l'inflammation du tissu pulmonaire.

D'autres fois l'invasion de cette maladie est précédée, pendant quelques jours, de malaise général, affaiblissement progressif, inappétence, céphalalgie. En général, on peut dire que, dans ce cas, l'affection reconnaît pour cause une de celles que l'on a nommées *prédisposantes.* Quelquefois il n'existe qu'un ou deux de ces caractères; quelquefois enfin ils manquent tous, et l'invasion a lieu d'une manière subite chez un sujet qui jouissait d'une santé parfaite.

Dans ce dernier cas, le malade est pris tout à coup d'un frisson

suivi, après un temps variable, de chaleur, et souvent de sueurs. En même temps le pouls s'accélère et change de nature, puis survient un point de côté; la respiration devient fréquente et gênée; la voix est plus ou moins modifiée, la parole est entrecoupée et haletante. Bientôt arrive la toux, suivie de l'expectoration de matières caractéristiques. La percussion et l'auscultation fournissent aussi des signes dont je parlerai plus tard. Le malade, obligé de garder le lit, se couche quelquefois sur le côté malade, plus souvent sur le dos, rarement sur le côté sain. J'examine chacun de ces signes en particulier.

Le *frisson* n'existe pas constamment; il arrive quelquefois, surtout si l'invasion a lieu pendant la nuit, que le malade, sans avoir éprouvé aucun froid, aucun tremblement, se réveille dans un état de chaleur extrême : mais dans la plupart des cas il existe un frisson plus ou moins violent, qui, après une durée variable, fait place à une chaleur quelquefois sèche et âcre; d'autres fois, au contraire, la peau ne tarde pas à se couvrir d'une légère moiteur, ou même d'une sueur plus ou moins abondante.

Au moment où le frisson fait place à la chaleur, le *pouls* augmente de fréquence, et présente des caractères variés, suivant l'époque de la maladie. Fort, plein, dur et développé au commencement, il devient, plus tard, faible, petit, misérable. Sa fréquence, qui est ordinairement de 60 à 70 pulsations par minute chez l'adulte, peut être portée jusqu'à 130 et 150 pulsations dans le même espace de temps; et quelquefois, lorsque l'issue funeste de la maladie n'est pas loin, la fréquence est telle, qu'on ne peut plus compter les pulsations; mais alors peu à peu il devient de moins en moins fréquent à mesure qu'il s'affaiblit, et on le sent s'éteindre avec la vie du malade. Le pouls d'ailleurs est rarement intermittent, à moins qu'il n'existe une complication du côté du cœur.

La respiration ne tarde pas à être gênée; cependant quelquefois le malade ne s'en aperçoit pas beaucoup, et la *dyspnée* n'est perçue que par les personnes qui l'entourent. Mais il n'en est pas toujours ainsi; car quelquefois la gêne de la respiration va jusqu'à l'orthopnée.

Quant à la fréquence, elle est très-variable : ainsi le nombre des mouvemens respiratoires, qui est de 18 à 20 par minutes, dans l'état normal, peut être porté dans l'état morbide jusqu'à 40 et même 60; il peut ainsi être le double et même le triple de ce qu'il était dans l'état sain. Il ne faut pas croire d'ailleurs que la dyspnée soit toujours en rapport avec la gravité de l'affection : ainsi elle est quelquefois extrême chez des sujets dont un poumon ne présente qu'un engouement peu étendu; je l'ai vue, au contraire, presque nulle chez un malade qui mourut le lendemain avec un poumon tout entier en suppuration. La dyspnée, du reste, est quelquefois le seul signe extérieur qui fasse soupçonner la maladie pulmonaire, dont l'existence ne peut être constatée que par les signes de l'auscultation : c'est surtout lorsque la pneumonie arrive dans le cours d'une fièvre grave.

La *toux* peut manquer absolument, ce qui arrive dans les pneumonies dites *latentes :* lorsqu'elle existe, son intensité n'est pas du tout en rapport avec la gravité de l'affection; elle est, en général, assez peu pénible pour le malade. Ordinairement sèche au début, elle ne tarde pas à être suivie d'*expectoration.*

Celle-ci manque quelquefois dès le début, et peut continuer à manquer jusqu'à la fin de la maladie, ou bien paraître après un temps variable; mais, d'autres fois, après avoir existé pendant quelques jours, elle se supprime tout à coup. Cette suppression est due à l'une ou à l'autre de ces causes : ou bien la sécrétion des crachats n'a plus lieu, et alors cette suppression n'est pas un signe aussi fâcheux que le croyaient les anciens; ou bien la sécrétion ayant encore lieu, les crachats sont tellement visqueux, ou le malade tellement faible, que l'expectoration n'est plus possible. Dans ce cas, les crachats sécrétés s'accumulent dans les bronches, empêchent l'air de pénétrer dans le poumon, et produisent ainsi l'asphyxie et la mort; mais dans les cas où la matière sécrétée est rejetée au-dehors, l'expectoration constitue le signe le plus important de l'affection qui nous occupe. Ses caractères varient suivant l'époque de la maladie : ainsi, au début, les crachats sont le plus souvent, comme dans une

bronchite aiguë, muqueux, blanchâtres et opalins; mais peu à peu ils perdent ce caractère, et deviennent, au bout de deux à trois jours, spumeux, verdâtres, puis rouillés et même sanguinolens : ils sont alors transparens et tellement visqueux, qu'ils s'attachent à la langue et aux lèvres du malade, qui est quelquefois obligé de se servir de ses doigts pour les détacher; ils adhèrent aux parois du vase qui les reçoit, et forment une masse gélatiniforme, tremblotante; le sang y est intimement mêlé à leur substance; les stries de sang que l'on y voit quelquefois sont dues non à la maladie, mais aux efforts de toux que fait le malade. Ces crachats ont lieu, en général, dans la pneumonie, au premier ou au deuxième degré indifféremment; seulement la viscosité est plus grande dans le deuxième que dans le premier. Mais d'autres fois les crachats ne présentent plus cette viscosité; ils sont liquides, non spumeux, transparens, et semblables par leur consistance et leur couleur à une décoction de pruneaux. Ces crachats, que M. *Andral* a décrits le premier, sont indiqués par lui comme un signe de l'infiltration purulente; cependant ce n'est pas un signe certain, car il les a observés lui-même une fois dans une pneumonie terminée par guérison, et qui était évidemment au premier degré; et sur les poumons de deux individus qui avaient offert ce caractère, il n'a vu qu'une hépatisation. Ce seul signe ne peut donc que faire présumer la suppuration du poumon; on a donné comme signe plus certain de la pneumonie au troisième degré des crachats grisâtres et purulens que l'on a quelquefois observés. Enfin, dans tout le cours d'une pneumonie, l'expectoration peut conserver les caractères qu'elle présente dans un catarrhe, et n'offrir rien de caractéristique.

L'examen des matières expectorées fournit sans doute les meilleurs signes de la pneumonie; mais, comme je l'ai déjà dit, ils peuvent manquer totalement : on est donc obligé d'avoir recours à d'autres moyens d'investigation; ces moyens nouveaux sont la percussion et l'auscultation.

Inventée par *Avenbrugger*, tombée dans l'oubli, puis remise en

usage par le célèbre *Corvisart*, la *percussion* est d'une faible ressource pour reconnaître la pneumonie au premier degré : le son rendu est clair dans un poumon engoué presque autant que dans un poumon sain ; il y a bien, il est vrai, une légère différence, mais elle est tellement faible qu'elle n'est guère sensible, même pour les oreilles les mieux exercées. Toutefois il n'en est pas ainsi lorsque la pneumonie est au deuxième ou troisième degré ; le son alors est complètement mat. Ce seul signe peut donc faire reconnaître une maladie dans l'organe respiratoire, mais il ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une pneumonie.

Un signe beaucoup plus important pour reconnaître cette maladie, et surtout pour distinguer à quel degré et dans quelle étendue de l'organe elle existe, est certainement l'*auscultation* médiate ou immédiate, inventée par *Laennec* en 1819. Si l'on applique l'oreille nue ou armée du stéthoscope sur une poitrine saine, on entend le bruit respiratoire pur et net, semblable à la grande inspiration que fait entendre, de temps en temps, un homme qui dort d'un sommeil profond, mais paisible (*Laennec*) ; mais si, au contraire, la poitrine est malade, alors on entend un bruit tout différent, et qui varie selon l'affection dont elle est le siége. Voici les phénomènes que l'on perçoit ainsi lorsque le poumon est enflammé, phénomènes qui diffèrent suivant le degré de l'inflammation.

1°. L'engouement est caractérisé par l'audition d'un bruit particulier, auquel *Laennec* a donné le nom de *râle crépitant*, qu'il a comparé à la crépitation que fait le sel mis sur des charbons ardens ; d'autres le comparent au bruit que rend un poumon sain, pressé entre les doigts ; M. *Andral* lui trouve plus d'analogie avec le froissement d'un morceau de parchemin. Quoi qu'il en soit, ce râle crépitant, sec, fin, est produit par la pénétration rendue difficile de l'air dans les vésicules pulmonaires ; quelquefois la crépitation, au lieu d'être fine et sèche, est à bulles grosses, et humide. Ce signe a lieu surtout, dans la résolution, lorsque l'inflammation passe du deuxième au premier degré. Dans les points du poumon qui ne sont

pas malades, on entend le bruit respiratoire naturel, ou plus fort qu'il ne l'est ordinairement; *Laennec* a nommé ce bruit plus fort *respiration puérile.*

2°. Dans l'hépatisation, on n'entend plus ni crépitation, ni bruit respiratoire naturel: en effet, le poumon est alors imperméable à l'air, et le bruit très-fort que l'on entend (respiration bronchique) est dû au passage de l'air dans les grands rameaux bronchiques; on entend aussi, quand le malade parle, un retentissement particulier de la voix, que *Laennec* a nommé *bronchophonie.* Ces bruits s'entendent alors, parce que la densité du poumon est assez grande pour permettre au bruit qui se fait dans les rameaux bronchiques, pendant la respiration, de parvenir à l'oreille de l'observateur; tandis que, dans l'état sain, le poumon, plein d'air, est mauvais conducteur du son, et empêche ce bruit d'être entendu.

3°. Enfin, dans l'infiltration purulente, à la respiration bronchique et à la bronchophonie se joint un bruit particulier qui a lieu dans les ramuscules bronchiques, et que l'on désigne sous le nom de *râle muqueux* ou de *craquemens humides.* Cette espèce de râle est due au mouvement imprimé par l'air à la sécrétion moins visqueuse qui tapisse les parois des petits rameaux bronchiques.

Mais, quelle que soit l'importance des signes fournis par l'auscultation, il peut cependant arriver qu'ils manquent totalement; c'est ce qui a lieu lorsque l'inflammation n'affecte qu'une partie plus ou moins étendue du centre, de la base ou de la racine du poumon, les parties des surfaces costales restant saines. Dans ces cas, on entend partout le bruit respiratoire pur et net, et la pneumonie n'est manifestée que par la dyspnée, la toux et l'expectoration. J'en ai vu un exemple frappant au mois de décembre 1830, chez un jeune homme qui vint à la clinique de M. *Chomel.* Mais de ce que la toux et l'expectoration manquent aussi quelquefois, il suit naturellement que, dans certains cas, très-rares à la vérité, la pneumonie peut n'offrir pour caractère que de la dyspnée jointe à quelques symptômes généraux.

Outre ces symptômes qui affectent particulièrement le poumon, on observe, dans d'autres points de l'économie, des phénomènes qu'il est important de constater : ainsi la face, rouge au début, présente plus tard une lividité qui est, en général, en rapport avec la dyspnée; et enfin, lorsque le poumon passe à l'état de suppuration, la face devient terreuse et offre une pâleur caractéristique, assez semblable à celle que l'on retrouve dans les affections cancéreuses.

La soif est plus ou moins vive dans tout le cours de la maladie; l'appétit nul en général, la langue blanche et humide, l'épigastre assez rarement douloureux à la pression; et, bien qu'il n'y ait ordinairement aucune douleur du côté de l'intestin, on observe quelquefois de la diarrhée, et assez souvent une constipation plus ou moins opiniâtre; les urines, en général peu abondantes, sont rouges et sédimenteuses; le sang tiré d'une veine offre une couenne inflammatoire plus ou moins épaisse.

La peau, ordinairement moite et douce, est quelquefois sèche et présente une chaleur âcre; souvent alors elle offre une teinte jaunâtre, ainsi que la langue. Ces derniers caractères, joints à la couleur verdâtre des crachats, constituent les principaux symptômes de la maladie que les anciens appelaient *pneumonie bilieuse*. Quelquefois la sympathie du foie est excitée assez fortement pour occasioner un ictère véritable; c'est dans les cas où l'inflammation très-vive occupe la base du poumon droit, et n'est ainsi séparée de l'organe dont elle trouble les fonctions que par la plèvre et le diaphragme: dans ce cas, d'ailleurs, il n'existe aucune lésion du foie appréciable; quelquefois pourtant, M. *Andral* en cite un exemple, il y a une vraie complication d'hépatite avec la pneumonie. Il est bien évident alors qu'on doit trouver dans le foie comme dans le poumon des traces de l'inflammation.

On observe assez rarement chez l'adulte, mais très-fréquemment chez le vieillard, que la pneumonie s'accompagne dès le début de symptômes adynamiques. Ce cas est en général fâcheux; la maladie se termine alors ordinairement d'une manière funeste. Les symptômes

adynamiques ; d'ailleurs, sont produits bien plus souvent par des pneumonies que par des gastro-entérites, chez les vieillards.

Quelquefois, au contraire, ce sont des symptômes ataxiques ou nerveux qui compliquent la maladie. Cette complication est en général peu dangereuse par elle-même, bien qu'elle effraie souvent les parens et amis du malade; quelquefois même il survient du délire : ce dernier signe, regardé comme fâcheux par *Hippocrate*, l'est cependant peu, à moins qu'il ne soit causé par une arachnitis, ce qui est très-rare, et n'arrive pas une fois sur dix. (M. *Andral.*)

Diagnostic. On trouve dans la pneumonie, lorsqu'elle est simple, des symptômes nombreux assez tranchés pour qu'on puisse éviter facilement de la confondre avec aucune autre maladie. Il n'y a guère que dans les cas où les signes fournis par l'auscultation et l'expectoration manquent à la fois, qu'on puisse la méconnaître. Peut-on, en effet, la confondre avec l'œdème du poumon, comme le veulent quelques auteurs? Mais dans l'œdème, le râle crépitant est gros et humide, les crachats sont toujours glaireux et filans, et mêlés à de grosses bulles d'air peu nombreuses ; et d'ailleurs l'œdème diffère encore de la pneumonie par sa marche, qui est essentiellement chronique.

Mais dans les cas, au contraire, où la pneumonie est compliquée de quelque autre affection des organes respiratoires, on conçoit que les signes doivent varier : ainsi les crachats ne sont plus purs, comme dans la pneumonie; ils offrent un caractère mixte qui n'est plus le signe particulier d'aucune maladie; de même aussi les bruits perçus par l'auscultation sont altérés par ceux que produit l'affection intercurrente, et ne sont plus du tout semblables à ceux que l'on entend quand la pneumonie est simple. Il est donc difficile, dans certains cas, de désigner avec certitude la maladie qui affecte l'organe.

Durée, marche. La *durée* de la pneumonie, sauf de nombreuses exceptions, est de sept à vingt-un jours.

Quant à la *marche*, elle est continue, avec des exacerbations qui

ont ordinairement lieu le soir, comme dans les autres phlegmasies aiguës. On observe alors que la douleur est plus vive, la toux plus fréquente, la dyspnée plus grande, les crachats plus visqueux et plus sanguinolens. D'ailleurs la maladie augmente d'intensité pendant, terme moyen, quatre à cinq jours.

Quelquefois cependant, au lieu d'être continue, cette affection se présente sous la forme de fièvre intermittente avec le type tierce. Elle est alors extrêmement dangereuse, et peut emporter le malade dès le second accès; on lui donne le nom de *fièvre intermittente pernicieuse pneumonique.*

Prognostic. Le *prognostic* varie suivant l'étendue et l'intensité de l'inflammation. Cette proposition me semble assez évidente pour que je croie inutile de la développer. Mais, à étendue et intensité égales, il doit varier encore suivant l'âge et la constitution du malade, les maladies antérieures, et aussi suivant le siége de la maladie.

Suivant l'âge. L'observation démontre, en effet, que, toutes choses égales d'ailleurs, la pneumonie est moins grave chez l'adulte et l'homme fait que chez le vieillard, et que, dans la décrépitude, elle est presque constamment mortelle. Je ne donne pas ici les proportions de guérison et de mort dans tous les âges, je renvoie pour cela à l'excellent article *Pneumonie*, de M. Chomel, dans le Dictionnaire en 21 volumes. — *Suivant la constitution.* La maladie, en effet, est plus grave chez les personnes mal constituées ou affaiblies par des excès: ainsi elle est en général plus grave chez les ivrognes que chez les gens sobres. — *Suivant les maladies antérieures.* Il est à remarquer que la pneumonie offre beaucoup moins de danger lorsqu'elle existe chez un sujet qui en a été déjà atteint plusieurs fois. — *Suivant le siége de la maladie.* Une chose assez remarquable, c'est qu'elle paraît plus grave et plus souvent mortelle lorsqu'elle atteint le sommet que lorsqu'elle occupe la base du poumon.

Enfin il faut ajouter encore, comme devant influencer le pro-

gnostic, la violence des symptômes généraux, le plus ou moins de réaction du côté de la peau, et une foule d'autres circonstances qu'un médecin doit connaître, mais qu'il serait difficile d'indiquer ici.

Terminaisons. Comme la plupart des maladies graves, la pneumonie peut se terminer par le retour à la santé ou par la mort. Le retour à la santé arrive, ou bien par la résolution pure et simple, ou bien par celle-ci accompagnée de crises, ou bien enfin par métastase.

La *résolution* simple, la meilleure des terminaisons, en est aussi la plus fréquente; elle a lieu graduellement en passant d'un degré plus élevé au degré inférieur. Quant elle passe du deuxième au premier, voici ce qui arrive : le râle crépitant, que l'on n'entendait plus, commence à reparaître dans quelques points; puis de proche en proche il s'étend partout où régnait l'hépatisation; mais il n'est plus sec et fin comme dans le premier degré de la maladie; il est, au contraire, humide et à grosses bulles. *Laennec* lui a donné le nom de *rhuncus crepitans redux* (râle crépitant de retour). A mesure que ce râle crépitant diminue, le bruit respiratoire devient de plus en plus net et naturel, et finit par rester seul; en même temps, les autres symptômes s'amendent, la respiration devient de moins en moins gênée, la toux moins fréquente, l'expectoration plus facile; les crachats, moins visqueux et moins transparens, sont muqueux et mêlés à de grosses bulles d'air; la dureté et la fréquence du pouls diminuent, la peau devient moite et douce, la physionomie prend une expression plus naturelle, et le malade entre en convalescence.

Mais la résolution n'est pas toujours aussi simple : il arrive assez souvent qu'elle semble déterminée, ou du moins très-fortement activée par l'apparition de phénomènes critiques. Ainsi, l'on voit coïncider avec elle des sueurs ou des urines abondantes, ou bien des évacuations alvines nombreuses qui ont lieu, d'ailleurs, sans aucune inflammation du tube digestif; car la diarrhée causée par une entérite survenant dans le cours d'une pneumonie est un symptôme fâcheux qui aggrave beaucoup l'état du malade : ou bien encore ces

phénomènes critiques sont des hémorrhagies, comme le retour des règles, une épistaxis, une hématurie ; quelquefois de simples boutons aux lèvres, un accès de goutte ou de rhumatisme, une parotide, ont suffi pour arrêter les progrès de la maladie.

Quelquefois enfin, en même temps que la résolution commence, paraissent d'autres maladies assez intenses pour être considérées comme le produit d'un déplacement de l'irritation, qui se porte du poumon sur un autre point du corps, véritable métastase. Ainsi, un violent érysipèle, une vive inflammation du tissu cellulaire, des phlegmons nombreux, des dartres, une variole confluente : dans ce cas, la résolution marche avec une rapidité extraordinaire, la pneumonie disparaît comme par enchantement. Lorsqu'au contraire on observe de simples crises, la résolution est d'autant plus rapide que la crise dure moins long-temps. Souvent, avant la crise, il y a une récrudescence de symptômes. On a remarqué d'ailleurs que le traitement le plus énergique n'empêchait pas la crise de se déterminer.

Un autre fait digne de remarque, c'est que, quelles que soient la nature et la rapidité du phénomène critique qui coïncide avec la résolution, il arrive le plus souvent à certains jours que l'on a nommés *jours critiques :* ces jours sont les septième, onzième, quatorzième et vingt-unième, à dater de l'invasion de la pneumonie.

Lorsque la pneumonie est au troisième degré, la guérison est-elle encore possible? M. *Andral,* qui a soulevé cette question dans sa Clinique médicale, prétend avec raison que, dans l'état actuel de la science, il est impossible de la résoudre. Aux belles réflexions de ce savant professeur j'ajouterai seulement que, dans certains cas où le poumon est à l'état de suppuration, l'anatomie pathologique nous montre cet organe dans un tel état de ramollissement et de désorganisation, qu'il est permis de douter que la résolution soit encore possible.

La *mort* peut être causée par l'étendue ou par l'intensité de l'inflammation. —L'étendue. Il est bien évident que, fût-elle au premier degré, l'inflammation peut entraîner la mort du malade, lorsqu'elle

occupe un poumon tout entier ou une partie considérable des deux poumons. Toutefois ce cas est rare, la pneumonie au premier degré n'occupant presque jamais une aussi grande étendue : mais lorsque cela arrive, la poitrine est sonore jusqu'au moment fatal; le râle crépitant continue à se faire entendre tant que le malade respire, masqué seulement plus ou moins, vers la fin, par le râle trachéal (râle des mourans). — L'intensité. Mais il n'est pas nécessaire que la maladie, pour amener la mort, occupe une aussi grande étendue des poumons, lorsqu'elle est au deuxième, et, à plus forte raison, au troisième degré. Lorsque la mort doit arriver alors, on voit tous les symptômes s'aggraver; la toux devient plus fréquente, l'expectoration plus difficile, les crachats petits, ronds, de couleur et de consistance variables, la respiration très-gênée : enfin les traits s'altèrent, se grippent; la face devient terreuse, les yeux hagards, le pouls fréquent, petit, misérable, quelquefois irrégulier. L'affaiblissement va toujours augmentant; le malade n'a plus la force d'expectorer; les crachats s'accumulent dans les rameaux bronchiques, les obstruent, y occasionent le râle trachéal; et alors le malade meurt dans des angoisses horribles, conservant assez souvent ses facultés intellectuelles jusqu'au moment de la mort. Ces diverses circonstances donnent à l'agonie des pneumoniques un caractère particulier, que les anciens appelaient *mors peripneumonicorum.*

La mort survient encore lorsque, dans le cours d'une pneumonie, le poumon est frappé de gangrène; ce que l'on reconnaît aux caractères suivans : tout à coup arrive une prostration extrême des forces; les crachats, gris ou verdâtres, sont doués d'une fétidité gangréneuse caractéristique; l'atmosphère qui environne le malade offre la même odeur.

Traitement. L'inflammation du poumon étant bien constatée, quels moyens peut-on employer pour arrêter les progrès du mal, et en amener la résolution? Il semble que, le résultat que l'on cherche, on devrait toujours l'obtenir par l'usage des antiphlogistiques : c'est, en

effet, à cette classe de médicamens que les praticiens ont eu principalement recours depuis *Hippocrate* jusqu'à nous; mais si la théorie semble indiquer que les antiphlogistiques doivent toujours réussir, l'expérience prouve au contraire que, quelque énergie que l'on mette dans leur emploi, il est des cas assez nombreux où on les trouve infidèles. On a donc dû avoir recours à d'autres moyens, que nous examinerons tour à tour; puis nous terminerons par quelques mots sur le régime et les règles hygiéniques à suivre, espèce de médication qui, dans cette maladie surtout, a une très-grande importance.

Les antiphlogistiques par excellence sont, sans contredit, les émissions sanguines faites, soit par la phlébotomie, soit par l'application de sangsues ou les ventouses scarifiées : nous allons examiner chacune de ces méthodes.

La *saignée* a de tout temps été préconisée comme un moyen héroïque dans la pneumonie; et l'on doit, en effet, y avoir recours, dans la plupart des cas, quand bien même on devrait plus tard employer un autre mode de traitement. Cela posé, plusieurs questions se présentent, et d'abord : quelle veine doit-on ouvrir? Doit-on, avec *Barthez* et *Alph. Leroy*, prescrire la saignée du pied? ou bien, avec *Haller*, doit-on ouvrir la jugulaire externe? ou bien enfin doit-on saigner au bras? et, dans ce dernier cas, est-ce à la saignée du bras du côté affecté (*Hipp.*, *Celse*, *Syden.*), ou bien à celle du côté opposé (*Cœl.-Aurel.*, *Avicen.*), ou bien enfin à celle des deux bras à la fois (*Arétée*, *Huxham*), que l'on doit donner la préférence? L'expérience, seul juge capable dans un tel différend, indique que l'on doit préférer la saignée du bras, du côté affecté ou du côté opposé, peu importe; qu'il est inutile, du reste, d'ouvrir à la fois les veines des deux bras. *Huxham* et M. *Husson* ont sans doute obtenu des succès par cette méthode; et il faut convenir que, l'indication à remplir étant de dégorger promptement l'organe, ce moyen semble devoir faire obtenir plus facilement ce résultat : mais est-il donc impossible d'y parvenir sans employer une méthode aussi effrayante pour le malade que pour les assistans étrangers à l'art? et ne peut-on pas ouvrir assez largement

une seule veine pour obtenir ce dégorgement aussi rapide que les circonstances l'exigent? Je crois donc que, dans tous les cas où les émissions sanguines peuvent être utiles, une large saignée, faite à l'un des bras, doit suffire.

Mais quelle quantité de sang doit-on tirer à la fois? faut-il, avec quelques anciens, le laisser couler jusqu'à la défaillance du malade? Cette méthode, que *Galien* avoue avoir employée quelquefois, que quelques médecins anglais, dit-on, emploient encore, me semble pernicieuse. Je crois que, dans tous les cas, quelque soit l'état pléthorique du sujet, une première saignée ne doit pas dépasser seize à vingt onces : sans doute, l'on doit dire avec Diemerbroek : « *Præstat ægrum debilem sanari, quàm fortem mori.* » Mais ne doit-on pas craindre aussi que la lipothymie, que l'on aura ainsi occasionée, ne soit mortelle pour le malade? Il vaut donc mieux, si l'état du pouls et les forces du sujet le permettent, répéter la saignée de temps en temps, la répéter le lendemain ou le jour même, que d'exposer les jours du malade par une première émission sanguine trop peu réservée. Il faut cependant aussi craindre de tomber dans l'excès contraire.

A quelle époque de la maladie la saignée doit-elle être pratiquée? *Pringle* avait établi que généralement il fallait s'abstenir de saigner après le cinquième jour ; *Sydenham* pensait que, lorsque l'expectoration était abondante, ce moyen pouvait la faire supprimer, et par conséquent il n'osait pas y recourir. Mais aujourd'hui tous les praticiens s'accordent à dire que, quelle que soit l'abondance de l'expectoration, une émission sanguine peut être utile dans tous les temps de la maladie, même lorsqu'elle est déjà au troisième degré. Il faut néanmoins convenir que, pratiquée au début, une large saignée est bien plus avantageuse que plusieurs autres faites plus tard. Cependant on voit quelquefois céder à une saignée peu abondante, faite à une époque avancée de la maladie, une pneumonie que d'autres plus copieuses, au début, n'avaient pu modérer : et cela se conçoit; car l'effet ordinaire d'une émission sanguine est de faire tom-

ber rapidement l'orgasme inflammatoire ; aussi pendant même, et à mesure que le sang coule, le malade sent tous les symptômes s'amender; la respiration devient plus facile et moins fréquente, la toux et l'expectoration moins pénibles ; mais, au bout de quelques instans, il se manifeste une récrudescence de tous les symptômes, et les bons effets de la première saignée ont disparu totalement ; cette nouvelle récrudescence est d'autant moins à craindre que la maladie est plus avancée ; et par conséquent les avantages d'une saignée tardive, quoique moins prononcés d'abord, sont plus durables que ceux d'une émission sanguine faite au début.

Enfin dans quels cas la saignée est-elle indiquée? et dans quels cas doit-on s'en abstenir? L'indication de la saignée se tire de la constitution et de l'âge du malade, et de l'état du pouls. Si le sujet est fort, jeune, pléthorique, ou si, quoique faible, sa faiblesse ne date que du moment de l'invasion de la maladie, et si le pouls est fort, dur, plein, développé, on doit alors ne pas craindre d'user des émissions sanguines ; mais si le pouls est faible, petit, misérable même, faut-il y renoncer dans tous les cas? Cet état du pouls ne peut-il pas quelquefois être seulement apparent, et tout à fait opposé à la force des contractions du cœur? Il faudra donc, lorsqu'on sera dans le doute, ausculter la région précordiale ; et, si des contractions fortes sont opposées à un pouls faible, on devra encore recourir aux saignées. Il faut néanmoins, en auscultant le cœur, avoir égard à l'état sain ou morbide de cet organe, et ne pas prendre pour des contractions fortes d'un cœur sain les contractions ordinaires d'un cœur hypertrophié. Quelquefois enfin, les contractions du cœur sont faibles comme celles du pouls ; mais leur faiblesse tient à une congestion cérébrale. Dans ce cas encore, la saignée pourrait faire cesser l'une et relever les autres ; on peut alors pratiquer une saignée exploratrice qui n'est jamais dangereuse, et, si elle paraît réussir, il faut la continuer jusqu'au soulagement du malade: ces cas d'ailleurs sont extrêmement rares.

Mais si le malade est d'un âge avancé, ou si, quoique jeune, il est

d'une constitution peu robuste, ou affaiblie soit par des excès, soit par de longues maladies antérieures, oh! alors, il faut en général s'abstenir de la saignée. L'expérience a prouvé, en effet, que la plupart des malades à qui l'on tire du sang dans ces circonstances ne tardent pas à succomber. Enfin, on a vu régner quelques constitutions médicales dans lesquelles les émissions sanguines, quoique paraissant indiquées, ont été constamment suivies de l'accroissement des symptômes fâcheux, tandis que d'autres genres de médication comptaient de nombreux succès.

Lorsque la pneumonie, au lieu de suivre une marche continue, se présente sous la forme de fièvre intermittente pernicieuse, doit-on encore recourir aux saignées? Si l'on est appelé pendant l'accès, et que celui-ci soit assez fort pour faire craindre une issue funeste, nul doute qu'on ne doive chercher à modérer la violence de l'inflammation, et qu'alors une légère saignée ne puisse être avantageuse; mais il faut craindre, ici surtout, de trop affaiblir le malade, et se bien persuader qu'un tel moyen ne peut guérir une maladie contre laquelle échouent tous les remèdes, si ce n'est le quinquina et les sels de quinine, qu'il faut administrer dans l'intervalle des accès, et à une dose assez forte pour empêcher l'accès suivant.

L'application des sangsues peut être faite sur le côté malade, ou sur un point du corps plus ou moins éloigné. M. *Lherminier* emploie avec succès, chez les adultes, la première de ces méthodes, concurremment avec la saignée, dans les cas surtout où il existe une vive douleur pleurétique; quelquefois le même médecin fait placer un certain nombre de sangsues à l'anus, et il voit cette pratique être suivie d'un très-grand succès. Enfin, dans les cas où la pneumonie a paru après la suppression d'une hémorrhagie, on rappelle cette hémorrhagie, ou du moins on y supplée, en plaçant quelques sangsues le plus près possible du lieu où elle existait: de même, s'il y a des symptômes de congestion cérébrale, des sangsues derrière les oreilles sont très-utiles. On a proposé aussi les ventouses scarifiées comme préférables aux sangsues, parce que l'on peut plus facilement

apprécier la quantité de sang tiré. Quelques médecins veulent qu'on ait recours à ces deux derniers moyens chez les enfans ; mais chez eux aussi une saignée proportionnée à leurs forces et à leur âge est bien plus efficace.

Comme je l'ai déjà dit, les émissions sanguines sont loin d'être toujours suffisantes, et ne sont pas non plus toujours praticables : alors on a eu recours aux dérivatifs, et principalement aux *vésicatoires*, que quelques médecins, *Cullen*, *Stoll*, *Springle*, préféraient appliquer sur les parois de la poitrine ; d'autres, au contraire, *Baglivi*, aux membres supérieurs ou inférieurs. Je crois, avec M. *Chomel*, que l'application d'un large vésicatoire, de cinq à six pouces de diamètre, sur le côté malade, peut apporter une dérivation salutaire, et qu'il faut, au contraire, les placer aux bras ou aux jambes, lorsqu'on a à combattre des symptômes cérébraux. Quant à l'époque à laquelle ils doivent être employés, c'est, non pas lorsque la chaleur est grande, et le pouls fort et fréquent, car alors ils ne feraient qu'accroître l'excitation générale, augmenter la fièvre et l'intensité de tous les symptômes, mais, au contraire, lorsque le malade est très-faible, et qu'on ne peut plus avoir recours à de nouvelles saignées : alors seulement ils ne sont plus que dérivatifs, ou du moins, s'ils excitent encore, c'est assez peu pour n'entraîner aucun danger pour le malade. M. *Mer. Laennec* pense même que cette excitation, relevant les forces et le pouls du sujet, peut permettre l'emploi de nouvelles émissions sanguines : je ne sais si la prudence permet à un praticien d'employer les vésicatoires dans ce but.

Quelques médecins ont préféré porter la dérivation sur des organes internes, et particulièrement sur le canal digestif : ainsi *Rivière* faisait vomir tous les deux jours avec le tartre stibié. M. *Dumaugin*, qui a suivi la même méthode, obtenait des succès aussi nombreux que *Corvisart*, qui saignait largement. D'autres praticiens ont aussi donné des purgatifs dans le cours d'une pneumonie, pour opérer une dérivation salutaire. Cette méthode, qui, comme la précédente, a compté de nombreux succès, n'est plus guère usitée de nos jours. *Stoll* et

Corvisart ont aussi employé l'émétique à dose vomitive, mais une seule fois et au début concurremment avec la saignée. Ce dernier moyen a surtout paru utile dans les pneumonies bilieuses.

En 1800, une épidémie de pneumonies très-meurtrières se manifesta dans la province de Sienne; *Mascagni*, observant que tous les malades traités par les saignées succombaient, imagina d'employer, pour remède unique, une dissolution de carbonate de potasse, à la dose de 3 j par jour, dose qu'il porta même graduellement jusqu'à ℥ j, et plus. Sous l'influence de ce remède, les crachats devenaient moins visqueux, l'expectoration plus facile; il se manifestait des évacuations nombreuses par la peau, les voies urinaires et les intestins, et tous les malades guérissaient. Mais ce moyen, qui lui a si bien réussi ainsi qu'à ses disciples, n'a pas été, que je sache, expérimenté en France, de sorte qu'il est totalement oublié. Les Anglais emploient de la même manière le calomélas à très-hautes doses; mais ce moyen n'est pas usité en France.

On a recours assez généralement à des remèdes propres à diminuer la viscosité des crachats, et à favoriser ainsi l'expectoration : tels sont l'infusion d'aunée, ou de lierre terrestre, ou de fleurs de guimauve, de bourrache, violette, etc.; la décoction de dattes et de jujubes, ou de polygala; les loochs, les potions gommeuses dans lesquelles on fait entrer de 3 iv à ℥ j d'oxymel scillitique, ou bien de iv à viij ℊ. de kermès minéral.

Enfin, dans les cas où il y a des symptômes adynamiques très-prononcés, soit vers la fin d'une pneumonie déjà ancienne qui a été traitée par des saignées abondantes, soit dès le début, lorsqu'elle est survenue à la fin d'une fièvre grave, on peut employer les toniques avec succès. J'ai vu à l'Hôtel-Dieu, à la clinique de M. *Chomel*, un exemple que je crois ne pouvoir pas me dispenser de citer, le plus succinctement possible.

Un porteur d'eau, âgé de trente ans, atteint d'une fièvre typhoïde depuis douze à quinze jours, fut pris, le 3 janvier 1831, d'une pneumonie fort intense qui augmenta la faiblesse générale d'une manière

effrayante; la respiration était tellement gênée, que le malade semblait à chaque instant devoir périr suffoqué. Le pouls était d'une faiblesse extrême et peu fréquent; environ 65 pulsations par minute. Tirer du sang à ce malade eût été évidemment lui arracher la vie : dans ces circonstances, M. *Chomel* crut devoir employer les toniques. Le 5 janvier, il prescrivit : un lavement de quinquina camphré, fomentation de vin aromatique sur le ventre, potion gomm. avec extrait de quinquina 3 ß, à prendre par cuiller avec quelques gouttes de vin de malaga. Le 6, mieux très-prononcé; même traitement. Le 7, pouls un peu élevé, plus fréquent; 75 pulsations; du reste le malade est mieux. Le 8, l'état du malade s'améliorait de plus en plus; on crut pouvoir augmenter l'énergie du traitement, et l'on prescrivit : deux pots d'eau de Seltz avec un quart de vin; deux pots d'infusion de quinquina; potion gomm. avec l'extrait de quinquina à la dose de 3 j; vin de Malaga ℥ j. On continua ainsi pendant quelques jours; mais, soit qu'on eût employé sur-le-champ les toniques trop fortement, soit que la maladie eût éprouvé une récrudescence dont les causes nous restent inconnues, le 11 le malade était dans un état fâcheux. Tout en conservant le traitement tonique, on dut donc en diminuer l'énergie. (Deux p. d'eau de Seltz avec un quart de vin; deux p. d'infusion de violette; demi-lavement d'infusion de camomille; deux laits de poule.) Le lendemain et les jours suivans le malade allait mieux : on remplaça l'infusion de violette par de la limonade minérale; il commença à prendre quelques alimens légers : des bouillons, des crêmes de riz. Le 18, il était très-bien; on lui donna, outre ses boissons habituelles, pour nourriture, un quart en poisson. Le 19, le quart avait très-bien passé. Le 20, on lui donna la demie en viande légère, volaille; et, depuis cette époque, la convalescence a marché très-rapidement.

J'arrive maintenant à un genre de traitement tout différent, qui mérite surtout de fixer notre attention par les succès extraordinaires qu'en ont obtenus quelques praticiens, tandis que d'autres, au contraire, prétendent n'en avoir jamais tiré aucun avantage. Je veux

parler du tartre stibié à hautes doses. Employé d'abord en Italie par *Rasori* et ses disciples, ce moyen a été importé en France par *Laennec*, qui l'administrait de la manière suivante :

A l'entrée du malade à l'hôpital, il lui faisait tirer de huit à seize onces de sang, si toutefois la saignée n'était pas contre-indiquée ; immédiatement après elle, il faisait prendre un ℊ de tartre stibié dans ℨ ij ß d'infusion de feuilles d'oranger légère et froide, édulcorée avec ℨ ß de sirop de guimauve. Cette dose était répétée de deux en deux heures jusqu'à la sixième prise, après laquelle il laissait reposer le malade pendant sept ou huit heures, si le danger n'était pas urgent ; mais si la pneumonie était très-intense ou très-étendue, alors il faisait continuer sans interruption la même dose de deux en deux heures, jusqu'à une amélioration notable ; et même, si la pneumonie était extrêmement grave, il augmentait la dose de l'émétique, et la portait à j ß ou ij, ou même à ij ß ℊ dans la même quantité de véhicule.

A l'aide de ce traitement, *Laennec* a obtenu des succès qui tiennent du prodige ; ainsi, sur un total de cinquante-sept malades, il n'a perdu, dit-il, que deux vieillards septuagénaires, ce qui fait moins d'un sur vingt-huit ; tandis que par la méthode ordinaire, par les saignées, on en perd ordinairement un sur cinq, ou même sur quatre. Après que *Laennec* eut appelé l'attention sur ce moyen de traiter la pneumonie, plusieurs médecins français l'employèrent avec des succès plus ou moins grands. Ainsi M. *Amb. Laennec*, médecin de l'hôtel-Dieu de Nantes, sur quarante malades n'en a perdu que trois, c'est-à-dire un sur treize ; et depuis, M. *Benaben* en a traité quarante-cinq, sur lesquels il affirme n'en avoir perdu qu'un seul.

A côté de ces résultats si heureux, je suis obligé de dire qu'un des savans professeurs de notre École, M. *Andral*, n'a retiré aucun avantage de ce genre de traitement. « Sans prétendre nier ce qui a été avancé par d'autres, dit-il, dans aucun des cas *nombreux* que j'ai observés moi-même, je n'ai vu la pneumonie être influencée

d'une manière avantageuse par l'emploi du tartre stibié à haute dose.» (Clinique médicale, tome 1, page 581.)

Quant à moi, j'ai vu trop peu souvent employer ce médicament pour avoir une idée fixée à son égard ; cependant je dois dire que je l'ai vu employer à l'Hôtel-Dieu, par M. *Chomel*, dans des cas tout à fait désespérés, et que j'ai vu son administration suivie de succès dans à peu près la moitié des cas : mais mes observations sont trop peu nombreuses pour décider cette question.

Quoi qu'il en soit, l'émétique étant ainsi administré, il se présente trois cas : ou bien le médicament produit des nausées et des vomissemens ; ou bien il produit des évacuations alvines très-nombreuses ; ou bien enfin il semble n'avoir pas d'effet, et il est ce que l'on appelle *toléré* par les organes digestifs. Lorsqu'il produit des vomissemens nombreux et des superpurgations abondantes, on est quelquefois obligé d'en suspendre l'administration, ou même d'y renoncer tout à fait. Mais dans le plus grand nombre des cas, si les premières doses produisent quelques nausées ou quelques selles, en général les doses suivantes n'en produisent plus, et la tolérance peut encore s'établir secondairement. On admet, en général, que ce n'est que dans les cas où la tolérance s'établit que le remède est salutaire.

Mais que le remède ait été toléré de prime abord, ou qu'il ait produit au contraire des vomissemens ou des selles nombreuses, on n'a jamais, après la mort, trouvé sur le canal digestif de traces d'inflammation ; et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est qu'une dose semblable de tartre stibié, qui, introduite dans l'estomac chez un homme sain, déterminerait un empoisonnement très-violent, ou ne produit pas d'accident pendant la maladie, ou bien, si elle en produit quelques-uns, ils sont assez faibles pour n'exiger aucun autre traitement que la suspension de l'emploi du médicament, auquel on peut avoir recours de nouveau après que les accidens ont cessé.

Mon compatriote et ami M. *Givaudan*, dans sa thèse, passée le 22 juillet 1830, sur le traitement de la pneumonie par le tartre stibié à hautes doses, établit, d'après des faits nombreux, que l'on peut

administrer ce médicament avec succès, 1°. comme seul moyen de combattre la maladie; 2°. conjointement avec la saignée; 3°. enfin, en désespoir de cause, lorsque la maladie a résisté aux autres moyens employés.

Règles hygiéniques. Quel que soit d'ailleurs le traitement que l'on emploie, il faut toujours donner des boissons adoucissantes et pectorales; il faut administrer ces boissons à une température douce et en faible quantité à la fois : on peut prescrire ainsi des infusions de violette ou de fleurs de guimauve, ou de bourrache, ou des décoctions de jujubes, dattes, etc. Ces tisanes doivent être édulcorées avec du sucre ou des sirops de gomme, de guimauve, de capillaire, ou enfin, si le malade le préfère, avec du sirop de groseilles. En même temps on doit mettre le malade à une diète absolue, et ne lui permettre aucun aliment, à moins que la maladie ne se prolongeant beaucoup, la faiblesse du sujet n'exige quelques bouillons.

La chambre du malade doit être vaste, bien aérée, d'une température modérée, ni trop chaude, ni trop froide : *Ad gratam ægri sensationem.* (Stoll.) L'air doit être renouvelé de temps en temps; rien n'est plus dangereux pour un malade que de respirer un air vicié.

Le malade doit rester constamment couché, la tête et la poitrine un peu élevées; son lit ne doit être ni bien dur, ni bien tendre, couvert seulement pour que le malade n'ait pas froid; il ne faut pas, comme on le fait trop souvent dans le monde, accabler le malade sous le poids des couvertures, pour exciter la transpiration cutanée : cette méthode est plus nuisible qu'utile. Lorsque le malade est couvert de sueur, et que ses linges sont mouillés, ou seulement humides, il faut les changer fréquemment. *Hippocrate* conseille les bains tièdes quand la peau est sèche et âcre : je ne sais jusqu'à quel point on peut en faire usage. Le malade doit, autant qu'il le peut, éviter de tousser et de parler; du reste, il faut, autant que possible, que son esprit, comme son corps, soit en repos : ainsi il faut chercher à cal-

mer ses inquiétudes, s'il en a, et éviter d'exciter chez lui des passions qui, en accélérant la circulation, augmenteraient nécessairement la congestion pulmonaire.

Il faut toujours aussi entretenir la liberté du ventre; et si le malade a une constipation opiniâtre, on peut être obligé d'avoir recours à des lavemens purgatifs; mais dans la plupart des cas les simples lavemens émolliens suffisent.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Sect.* 5, *aph.* 13.

II.

Frigida, velut nix, glacies, pectori inimica, tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt. *Ibid.*, *aph.* 24.

III.

A pleuritide peripneumonia, malum. *Sect.* 7, *aph.* 11.

IV.

A peripneumoniâ phrenitis, malum. *Ibid.*, *aph.* 12.

V.

A pleuritide aut à peripneumoniâ detento, alvi profluvium superveniens, malum. *Sect.* 6, *aph.* 16.

VI.

A sanguinis sputo, puris sputum, malum. *Sect.* 7, *aph.* 15.

VII.

A puris sputo, tabes, et fluxus, malum : postquàm verò sputum retinetur, moriuntur. *Ibid.*, *aph.* 16.